|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zlecenie wzorcowania *dla Laboratorium Pomiarowego ERG* | *Data wystawienia* | *Numer zamówienia* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Zgłaszający (nazwa, adres)* | *Dane do faktury (nazwa, adres, NIP)* |
|  |  |
| *Użytkownik (jeżeli inny niż Zgłaszający - nazwa, adres)* | *Miejsce wzorcowania (dla zleceń wyjazdowych - nazwa, adres)* |
|  |  |
| *Osoba kontaktowa (imię, nazwisko, telefon, e-mail)* | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Zwrot przyrządów po wzorcowaniu* | *Forma płatności* | *Ustalona wartość (netto PLN)* |
| Odbiór osobisty  Kurier DHL lub inny  Własny kurier | Przelew - 14 dni |  |

|  |
| --- |
| *Przedmiot zlecenia (nazwa, typ przyrządu, punkty wzorcownia lub zakresy)* |
|  |

|  |
| --- |
| *Uwagi Klienta do zlecenia* |
|  |

|  |
| --- |
| *Podpis zlecającego* |
|  |